

Значение Ликвородинамического Нарушения В Дисциркуляторной Энцефалопатии

Хакимова Сахиба Зиядуллоевна

Доктор медицинских наук, доцент

Хамдамова Бахора Комилджоновна

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Аннотация: Цель: определение значений ликвородинамического нарушения в патогенезе дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ).

Материалы и методы: Исследование проведено у (118 муж 199 жен) пациентов с ДЭ. Возраст пациентов составляла от 30 до 60 лет (в среднем 60+-2,0)

Диагностика ДЭ проводилась на основании данных клинико-неврологических исследований и данных следующих объективных методов исследований: МРТ-головного мозга, МРТ-ангиограмма интрапаренхимальных артерий; Эхо-ЭС, транс краниальной допплерография (ТКДГ); люмбальной пункции с измерением ликворного давления и определением остаточной окисляемости цереброспинальной жидкости (ОО Ц Ж).

Результаты проведенных объективных методов исследований позволяла предположить, что ликвородинамическое нарушение, развившееся вследствие аутоиммунного, асептического воспалительного процесса приводить к развитию гипоперфузии мозга с развитием гликолитического (анаэробного) метаболизма.

Известно, что в результате гликолитического (анаэробного гликолиза образуется всего лишь 2 малекулы АТФ содержащие 61 кДж/моль свободной энергии. Энергия, образовавшаяся вследствие анаэробного гликолиза крайне недостаточно для поддержания жизнедеятельности клеток головного мозга.

Выводы: Ликвородинамическое нарушение развившая вследствие рубцовых сращений в головном мозге и его оболочках является основным фактором приводящий катаболического метаболизма.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, анаэробный гликолиз, катаболический, метаболизм, нарушения мозгового кровообращения.

Актуальность проблемы Анализ научной литературе последних лет показал, что несмотря на определенные успехи, достигнутые в изучении молекулярных механизмов развития сосудистых заболеваний головного мозга, а механизмы развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) еще не достаточно изучены (2-5.8).

Действительно, отсутствие адекватного алгоритма диагностики и эффективного способа лечения ДЭ указывает на то, что в патогенез данного заболевания не достаточно изучены. Значит изучение факторов приводящие к развитию атрофических процессов в веществе головного мозга является актуальной проблемой современной медицины.

Для определения степени выраженности ликвородинамического нарушения в головном мозге применяли динамическое ЭХО ЭС исследование, люмбальная пункция с измерением ликворного давления и определением ОО Ц Ж. А причины развития гипоперфузии в мозговой

ткани приводящие к развитию анаэробного гликолиза определялись при помощи МРТ-ангиографии интракраниальных и брахиоцефальных артерий.)

Интенсивность гликолитического(анаэробного) гликолиза в мозговой ткани определялась на основании величины ОО ЦЖ.

Течение ДЭ клинически были разделены на три стадий.

Статическая обработка полученных данных проводилась путем применения дескриптивных методов и модели ANOVA. Оценка изменений показателей в сравнении с исходным уровнем, а также, сравнение показателей между группами проводилась с помощью t-теста.

Результаты клинико-неврологического исследования показали, что когнитивные нарушения и различные неврологические дефициты в той или иной степени выраженности отмечались у всех пациентов.

У 27(%) пациентов из 37 с первой стадией болезни на МРТ-головного мозга отмечалась умеренное расширение субарахноидального пространства конвекситальной поверхности и цистерн основания мозга. На эхо-ЭС обмечались множество дополнительных разно амплитудных эхо-сигналов, с умеренным ослаблением пульсации их. Систолическая скорость мозгового кровотока составляла в среднем до 120 см/с. Величина лумбального ликворного давления в среднем составляла 310 ± 10 мм водного столба, О.О.Ц Ж 10 ± 3 мг% (в среднем) На МРТ-ангиограммах отмечался умеренный атеростеноз позвоночных артерий. У (27%) пациентах со второй стадией болезни на МРТ-головного мозга отмечалось расширение субарахноидального пространства, паравазальных каналов и цистерн основания головного мозга. На Эхо-Эс отмечались множественные высокомощные эхо-сигналы, примыкающие друг к другу, умеренное расширение основания срединного М-эха с отсутствием пульсации эхо-сигналов. Систолическая скорость мозгового кровообращения составляла- 200 м/с (в среднем). Величина лумбального ликворного давления в среднем составляла 350 ± 10 мм водного столба. Интенсивность ООЦЖ в среднем составляла $20 \pm 2,0$ мг%. На МРТ-ангиограммах отмечались атеростеноз позвоночных артерий с легкой гипоплазией. На ангиограммах на сонных артериях определялись множественные атероматозные бляшки.

У 63(%) пациентов с третьей стадией болезни на МРТ головного мозга определялись резкое расширение субарахноидального пространства конвекситальной поверхности, паравазальных каналов, цистерн основания желудочков головного мозга. На Эхо-ЭС отмечается множественные высокомощные Эхо-сигналы с раздвоением вершины с резким расширением основания срединного М-эха. Пульсация Эхо-сигналов не определялись. Систолическая скорость мозгового кровотока (на ТКГ) в среднем составляла больше 200 см/с. Величина лумбального ликворного давления в среднем составляла 370 ± 20 мм. водного столба. ООЦЖ в среднем составляла $27 \pm 4,0$ мг %.

Таким образом, результаты клинико-неврологических и выше перечисленных объективных методов исследований показывают, что ликвородинамическое нарушение в головном мозге в той или иной степени выраженности встречается во всех стадиях ДЭ и является один из основных факторов, приводящих к развитию гипометаболизма в мозговой ткани.

Результаты проведенных объективных методов исследований позволяла предположить, что ликвородинамическое нарушение, развившееся вследствие аутоиммунного, асептического воспалительного процесса приводить к развитию гипоперфузии мозга с развитием гликолитического (анаэробного) метаболизма.

Известно, что в результате гликолитического (анаэробного гликолиза образуется всего лишь 2 малекулы АТФ содержащие 61 кДж/моль свободной энергии. Энергия, образовавшаяся

вследствие анаэробного гликолиза крайне недостаточно для поддержания жизнедеятельности клеток головного мозга.

В условиях депрессии внутриклеточного энергосинтеза "часть клеток головного мозга погибают (апоптоз), а часть клеток продолжают жить за счет экзотермической энергии, которая образуется в результате расщепления макромолекул (белковой-мукополисахаридно-липидного комплекса) матрикса-катаболический (разрушительный) метаболизм.

Однако, энергия, образовавшаяся вследствие катаболического метаболизма крайне недостаточно для поддержания жизнедеятельности клеток головного мозга. Поэтому катаболический (разрушительный) процесс в головном мозге всегда медленно прогрессирует. Кроме того, продолжающаяся, внутриклеточная депрессия энергосинтеза всегда сопровождается активацией выброса высоко реактивных свободных радикалов (ВРСР), которые обладают высокой разрушительной способностью. Под воздействием ВРСР в головном мозге усугубляются имеющейся разрушительные (атрофические) процессы, что приводить к уменьшению объема и массы головного мозга ДЭ. Белок отделенный от мукополисахарида в результате катаболического (разрушительного) метаболизма становится аутоаллергеном и вызывает аутоиммунный хронический воспалительный процесс в головном мозге, с развитием спаек в паренхиме, желудочков и оболочек. Рубцовый процесс развившийся в эпендимах желудочков и в оболочках головного мозга станет причиной развития ликвородинамического нарушения и гипоперфузии, с развитием депрессии внутриклеточного энергосинтеза. Значит ликвородинамическое нарушение станет причиной усугубления основного пото- генетического элемента ДЭ- сравнительный анализ собственных и литературных данных позволял сделать следующее

Заключение

Ликвородинамическое нарушение развившая вследствие рубцовых сращений в головном мозге и его оболочках является основным фактором приводящий катаболического метаболизму.

Ликвородинамическое нарушение в головном мозге в той или иной степени выраженности встречается во всех стадиях ДЭ и является один из основных факторов приводящих к развитию гипометаболизма в мозговой ткани.

REFERENCES

1. Khakimova S.Z., Mamurova I.N., Samiev A.S. Clinical role of neurobrucellosis among patients with chronic radiculopathy. Academy 2019. 29-228. .(in Russ).
2. Khakimova S. Z., Khamdamova B. K., Kodirov U. O. Comparative correlation of markers of inflammatory metamorphism in peripheral blood in dorsopathies of various origins // Uzbek Journal of Science Reports. – 2022. – T. 2. – No. 2. – pp. 12-18. .(in Russ).
3. Khamdamova B.K., Khakimova S.Z., Kodirov U.A. Features of the neurovascular state of the spine in dorsopathies in patients with diabetes mellitus // Journal of Biomedicine and Practice. – 2022. – vol. 7. – No. 6. .(in Russ)
4. Samiev A.S., Khakimava S.Z., Soibnazarov O.E. Rehabilitation of patients who have undergone spinal surgery. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 1, pp.139- 144. .(in Russ).
5. Samiev A.S., Mavlyanova Z.F. British Medical Journal Volume-3, No. 2 39 Optimization of rehabilitation measures for lumbar spondylogenetic radiculopathies.
6. Samiev A.S., Mavlyanova Z.F. Comprehensive rehabilitation of patients with lumbar spondylogenetic radiculopathies. SCIENCE AND EDUCATION ISSN 2181-0842 VOLIUME 4, ISSU 2. 2023. Pp.453-461. .(in Russ).

7. Aldabergenova A.B, Biryuchkov MYu. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of osteochondrosis of the lumbar spine. Journal of Theoretical and Clinical Medicine. 2000;3:107-108 (in Uzbek)
8. Drivotinov B.V, Polyakova T.D, Pankova M.D. Physical rehabilitation in neurological manifestations of osteochondrosis of the spine: textbook. allowance. Minsk: BGUFK, 2005 (In Russ.)
9. Khakimova S.Z, Akhmadeeva L.R. Markers of endothelial dysfunction in distal vessels of patients with chronic pain syndrome in dorsopathies of various origins. Uzbek journal of case reports.2022;l. 2:26-30 (In Russ.)
10. Khakimova S.Z, Atokhodjaeva D.A. Features of Pain Syndrome of Patients with Brucellosis if Damaged Nervous System. Medico-legal update. 2020;20:3.
11. Mulleman D, Mammou S, Griffoul I, Watier H, Goupille P. Pathophysiology of disk-related sciatica. I. – Evidence supporting a chemical component. Joint Bone Spine. 2006;73:151–158.
12. Novoseltsev SV. Pathogenetic mechanisms of the formation of lumbar spondylogenetic neurological syndromes in patients with herniated lumbar discs. Manual Therapy 2010;3:77-82 (In Russ.)
13. Asadullaev M.M. Acute pain syndrome in vertebroneurology and its correction. Scientific and practical journal. Neurology.2005;1(25):5-8 (In Russ.)
14. Samibaev R, Samiev A, Mamurova I. Clinical and electroneuromyographic diagnosis and rehabilitation of vertebrogenic lumbosacral radiculopathy. Youth and medical science in the XXI century. 2017;179-179 (In Russ.)
15. Skoromets AA, Skoromets AP, Skoromets TA. Neurological status and its interpretation. Educational guide for doctors. MEDpress-inform, 2013;43 (In Russ.)
16. Tikhanova EP, Sergeeva IV. Clinical manifestations of neurobrucellosis. Modern problems of science and education. 2013;4 (In Russ.)
17. Tretyakov AV, Tretyakov VP. Clinical and neuroimaging comparisons of pain syndrome in lumbosacral dorsopathy. Neurological Bulletin. 2010;7(3):55-59 (In Russ.)
18. Filatova ES., Erdes ShF. Polyneuropathy in rheumatoid arthritis: significance in the pathogenesis of pain syndrome. Russian medical journal. 2017;7;470-473 (In Russ.)
19. Bektashev R.B., Bektashev O.R., Ergashev M.B. “Neurometabolic therapy in the complex treatment of epilepsy” Medical Journal of Uzbekistan. 2015. No. 2 p. 79-80. (In Russ.)
20. Vershchagin N.V. “Pathology of the vertebrobasilar system and cerebrovascular accidents.” – M. Medicine. 1980 – 312 p. (In Russ.)
21. Vershchagin N.V., Morgunov V.A., Gulyevskaya T.S.” Pathology of the brain in atherosclerosis and arterial hypertension.” – M. Medicine., 1997-287p. (In Russ.)
22. Информация об авторах: Хакимова Сохиба Зиядulloевна — д.м.н., заведующая кафедрой неврологии факультета последипломного образования Самарканского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан. 0000-0003-4804-3651 ORCID ID
23. Хамдамова Бахора Комилжоновна — ассистент кафедры неврологии факультета последипломного образования Самарканского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан. <https://orcid.org/0009-0003-5749-6940>
24. Абдуллаева Камола Зафаровна, Самарканский государственный медицинский университет, факультет последипломного образования, кафедра неврологии, клинический координатор - <https://orcid.org/0009-0005-4572-6707> Самарканд, Узбекистан.